

В акушерской практике тромбоэмболия легочной артерии является причиной материнской смертности в 3,5-6,3% случаев. Установлено, что риск тромбозов и эмболии значительно возрастает при наличии у пациенток варикозной болезни нижних конечностей, ожирения, хронических или острых инфекций, артериальной гипертензии, органических заболеваний сердца, анемии, эндокринных заболеваний, а также осложнений беременности (гестоз, многоводие, многоплодие, крупный плод, антифосфолипидный синдром и др.). У 80% больных эмболия возникает в течение первой недели послеродового периода, причем после кесарева сечения в 3 раза чаще, чем после влагалищного родоразрешения. Частота тромбоэмболических осложнений также значительно увеличивается при операции наложения акушерских щипцов, ручном отделении плаценты, при разрывах мягкого родового канала. Смертельные исходы при тромбоэмболии легочной артерии после нормальных родов составляют 0,03%, при проведении влагалищных операций - 0,18%, после кесарева сечения - 1,3-1,7% (В.Н. Серов, А.Д. Макацария, 1987). Частота послеродовых тромбофлебитов составляет 0,12-5%. Тромбоэмболия легочной артерии в послеродовом периоде встречается в 10% случаев (Кулаков В.И. с соавт, 2000).

Цель исследования: изучить течение беременности, родов, факторы риска материнской летальности от тромбоэмболии легочной артерии, а также акушерскую и реанимационную тактику при данной патологии в Красноярском крае за 13 лет (1989-2001 гг.).

Методы исследования

Ретроспективный анализ первичной медицинской документации 8 женщин, умерших от тромбоэмболии (истории родов умерших женщин, индивидуальные карты, медицинские карты стационарного больного, данные лабораторного исследования, протоколы (карты) патолого-анатомического исследования, протоколы клинко-анатомических конференций). Определение факторов риска материнской смертности при этой патологии, наличие показаний и своевременность досрочного родоразрешения и объем медицинской помощи при возникновении этого осложнения.

Результаты и обсуждение

По возрастному составу умершие женщины распределились следующим образом: 20-26 лет - 3 (37,5%) и 30-37 лет - 5 (62,5%). Служащие составили 62,5%, а неработающие 37,5%. Все имели среднее образование. Сельские и городские жительницы распределились поровну по 4 человека (50%). Следует отметить в исследуемой группе позднее взятие на учет по беременности городских жительниц (на 16-18-й неделе), а сельских - после 24-25 недель. Как правило, отмечалось нерегулярное посещение беременной женской консультации и неполный объем обследования.

Соматический анамнез. Из 8 женщин у 2 (25%) в анамнезе наблюдался хронический пиелонефрит, у 1 (12,5%) - ожирение третьей степени, у 5 (62,5%) - частые простудные заболевания, у 2 (25%) - пневмония.

Акушерско-гинекологический анамнез. У 4 (50%) в анамнезе отмечены хронические воспалительные заболевания придатков, эрозии шейки матки. У 1 (12,5%) - внематочная беременность и перфорация матки при медицинском аборте. Отягощенный акушерский анамнез наблюдался у 6 женщин (75%), только 2 женщины (25%) были первобеременными. У 5 женщин (62,5%) в анамнезе было от 2 до 6 родов, у 4 (50%) - по 2-3 аборта. Эклампсия при предыдущих родах у 1 женщины (12,5%).

Течение настоящей беременности. Осложненное течение беременности наблюдалось у всех женщин. В 2 случаях (25%) диагностирована пневмония при доношенной беременности; угрожающее прерывание беременности в сроки 18 и 32 недели было у 2 (25%), анемия беременных - у 4 (50%), поздний гестоз тяжелой степени (нефропатия III, преэклампсия и эклампсия) - у 3 (37,5%). Хроническая фетоплацентарная недостаточность и гипотрофия плода в 4 случаях (50%), крупный плод - в 1 (12,5%).

Течение родового акта. Срочные роды наблюдались у 6 женщин (62,5%), у 1 (12,5%) - преждевременные роды в сроке 34 недели, запоздалые - у 1 (12,5%) в сроке 41-42 недели. Стремительные роды (от 1 часа 50 минут до 3 часов), которые осложнились разрывами мягкого родового канала и гипотоническим кровотечением, наблюдались у 3 умерших (37,5%).

При оказании медицинской помощи беременным и роженицам выявлены серьезные дефекты.

Роженица С.Т.Я., 37 лет. Беременность - 17, роды - 4. Срочные роды осложнились слабостью родовой деятельности на фоне дородового излития вод, родоразрешена операцией кесарева сечения, осложнившейся гипотоническим кровотечением (2500 мл). Произведена надвлагалищная ампутация матки. В послеоперационном периоде - культевой инфильтрат. Смерть наступила на 21-е сутки. На вскрытии - тромбоэмболия легочной артерии, обширный тромбоз связочного аппарата матки. Беременной с отягощенным акушерским анамнезом были показаны досрочная госпитализация в 36-37 недель и родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке. При проведении хирургического лечения был выбран неправильный объем оперативного вмешательства, при массивной

кровопотере следовало провести гистерэктомию. В послеоперационном периоде не проводились исследования системы гемостаза, в достаточном объеме антикоагулянтная, дезагрегантная и антибактериальная терапия.

Роженица Ч.О.И., 30 лет, беременность - 8. Диагноз при поступлении: срочные роды I в 30 лет, низкая плацентация, крупный плод, отягощенный акушерский анамнез, рубцовая деформация шейки матки. Проводилась родостимуляция окситоцином в течение 4 часов по поводу слабости родовой деятельности, на фоне которой возникла острая гипоксия плода. Родоразрешена операцией кесарева сечения, на операционном столе диагностирована тромбоэмболия, проводились реанимационные мероприятия. Грубые осложнения реанимационно-анестезиологической помощи (неоднократные попытки катетеризации подключичной вены привели к ранению артерии и вены с развитием гемоторакса), которые и определили смертельный исход. Патологоанатомический диагноз - массивная тромбоэмболия легочной артерии и основных ее ветвей. Акушерская тактика ведения родов у возрастной первородящей выбрана неадекватно.

Первородящая А.Б.В., 31 год, жительница села. При поступлении в родильный дом в сроке 40 недель состояние средней тяжести, АД 170/120 и 180/120 мм рт. ст., отеки генерализованные. Родоразрешена операцией кесарева сечения в экстренном порядке, кровопотеря составила 1400 мл. Проводилась инфузионная терапия. Через 2 часа после операции при переключении с операционного стола на каталку состояние родильницы резко ухудшилось: появились резкие боли за грудиной, снижение АД до 70/40 мм рт. ст., и через 40 минут она умерла. Данные аутопсии - массивная тромбоэмболия легочной артерии и основных ее ветвей. При анализе данного случая выявлены ошибки на догоспитальном этапе: не проведено гемостазиологическое обследование в женской консультации у беременной с варикозной болезнью нижних конечностей, не поставлен диагноз позднего гестоза, не осуществлена досрочная госпитализация. В момент операции и сразу после родоразрешения не проводилась адекватно антикоагулянтная и дезагрегантная терапия.

Роженица С.О.С., 20 лет. Запоздалые роды в сроке 41-42 недели на фоне хронической гипоксии плода и тяжелой анемии (гемоглобин 62 г/л) проводятся консервативно. Роды осложнились неправильным вставлением головки (переднезаднее), разрывами шейки матки, влагалища, промежности и развитием в послеродовом периоде синцитиального эндометрита. Умерла на 5-е сутки после родов. Патологоанатомический диагноз: тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт правого легкого. Тяжелый преморбидный фон, травматичные роды явились факторами развития тромбоэмболии легочной артерии.

В 2 случаях (25%) наблюдались быстрые срочные роды, осложнившиеся массивной кровопотерей (1500-2000 мл) и развитием ДВС-синдрома. При кровотечении не проводились консервативные и хирургические методы по его остановке. У женщин с варикозным расширением вен нижних конечностей, длительным безводным промежутком не проводилось обследование системы гемостаза, лечение дезагрегантами и антикоагулянтами. Патологоанатомический диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы

Анализ акушерской и реанимационной помощи исследуемой группы выявил, что диагноз тромбоэмболии легочной артерии в 50% случаев был поставлен только при патологоанатомическом вскрытии, поэтому объем акушерской и реанимационной помощи был неадекватен. Все женщины исследуемой группы относились к высокой степени риска по возникновению тромбофилических осложнений (ожирение, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей, осложненное течение беременности - поздние гестозы, анемии, оперативное родоразрешение), однако соответствующего обследования системы гемостаза и лечения не проводилось. Отсутствие в подавляющем большинстве акушерско-гинекологических учреждений возможностей динамического лабораторного контроля над состоянием системы гемостаза не позволило проводить специфическую и неспецифическую коррекцию в группе женщин, опасных по тромбообразованию. Таким образом, полное обследование женщин групп риска по возникновению тромбофилических осложнений, предупреждение осложнений беременности, профилактика и коррекция нарушений гемостаза, а также рациональное ведение родов являются резервом снижения материнских потерь от тромбоэмболических осложнений.